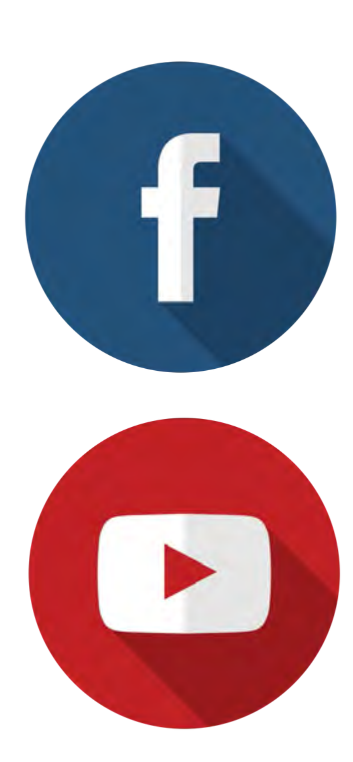
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







LES TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES

Définition

Localisation du BK en dehors du poumon.

Ne sont ***pas contagieuses***, car ***pauci-bacillaires*** : donc difficile de faire la preuve diagnostique.

Le diagnostic bactériologique = souvent par ***culture***.

Le diagnostic est plus rapide par biopsie des lésions (diagnostic ***histologique***).

Sinon, diagnostic par ***les arguments de présomption*** (cliniques, biologiques et radiologiques)

Le traitement antituberculeux ***d'au moins 6 mois,*** détruit les BK; parfois, on associé ***les corticoïdes*** pour certaines localisations séreuses (quand les phénomènes inflammatoires sont symptomatiques).

Parfois, on complète par un ***traitement chirurgical ou orthopédique complémentaire*** (pour supprimer les tissus détruits ou corriger une fonction).

Fréquence

1- Ganglionnaire

2- Pleurale

3- uro-génital

4- Ostéo-articulaire

5- Autres sérites (péritonite, péricardite, méningite)

6- Autres (tube digestif, foie, rate, cérébral, cutané)

Diagnostic

A- Arguments de présomption :

Communs à toutes les localisations extra-pulmonaires :

- ***Anamnèse:***
- absence de vaccination BCG (ou de la cicatrice) suggère l'absence de protection
- Notion de contage dans l'entourage
- ***Signes généraux d'infection chronique :***
- Fébricule au long cours,
- Asthénie, amaigrissement, anémie.

- ***Signes radiologiques:*** recherche des images de séquelles de primo-infection
- Nodules calcifiés,
- Adénopathies médiastinales calcifiées
- ***Signes biologiques :***
- IDR à la tuberculine positive,
- FNS normale, élimine une infection bactérienne à pyogène
- Ponctions

- ***Exclusion d'autres étiologies*** (éliminer une cause maligne)

B- Arguments de certitudes :

- ***Trouver le BK*** (souvent par les cultures des prelevements)
- Ou ***trouver les lésions histologiques spécifiques*** de la tuberculose (ponction et biopsie)

LES TUBERCULOSES GANGLIONNAIRES

A- Siège superficiel :

Cervical, axillaire, inguinal

L'évolution clinique en 5 stades :

- ***Crudité:*** ferme, élastique, plus ou moins mobile, peu sensible, peau de couleur normale.
- ***Ramollissement:*** mou, douloureuse, peu mobile, sensible avec rougeur des téguments (péri-adénite)
- ***Extension:*** ganglions soudés, peau bosselée, sensible.
- ***Fistulisation:*** orifice entouré d'une peau violacée, indurée, d'où sort du pus épais caséeux.
- ***Chronicité (écrouelles).***

Certitude :

- ***ponction*** (pour culture BK et étude cytologique)
- ***Biopsie*** (histologie: follicule caséeux typique)

B- Siège profond :

Souvent associé à d'autres lésions viscérales tuberculeuses :

- ***Adénopathies médiastinales*** (hilaire ou latéro-trachéale) = primo-infection ?
- ***Adénopathies intra-mésentériques*** = tuberculose intestinale ?
- ***Adénopathies rétro-mésentériques*** = tuberculose vertébrale ou uro-génitale ?

C- Clinique (Typique adénite cervicale)

L'examen local: adénopathie froide, non ou peu douloureuse, dure au début, peu gênante, malgré son volume, d'évolution très lente).

Chez un sujet dont ***l'état général est conservé,*** non fébrile.

L'examen de la cavité buccale recherchera un chancre d'inoculation = petite ulcération violacée.

D- Diagnostic différentiel

Le diagnostic n'est pas toujours facile et l'histologie est souvent le seul moyen,

- Adénite *bactérienne*
- Adénite *virale*
- Adénite *parasitaire* (toxoplasmose)
- *Adénite sarcoïdosique*
- Adénite *tumorale* (maladie de Hodgkin)

E- Traitement

La tuberculose ganglionnaire est caractérisée par l'***asynchronisme*** d'évolution des lésions, leurs réactions inégales au traitement cela entraine la persistance fréquente des foyer caséeux latents, qui sont la cause des ***récidives***.

Les buts du traitement est de stériliser les lésions et d'éviter les fistules et cicatrices.

Il y a 3 volets du traitement :

- ***Chimiothérapie*** antituberculeuse
- ***Ponctions*** évacuatrices
- ***Chirurgie***

Les indications du traitement

- ***Adénite ferme moins de 3 cm de diamètre :*** chimiothérapie de 6 mois.
- ***Adénite ramollie :*** chimiothérapie + ponctions évacuatrices répétées.
- ***Adénite fistulisée :*** chimiothérapie + ponctions évacuatrices + soins locaux (antiseptique + pansement).
- ***Chirurgie :***

Adénectomie diagnostic.

Adénite persistant après 12 mois de chimiothérapie.

Adénite volumineuse compressive (vaisseaux du cou).

Résultats :

1 - Signes d’échec après chimiothérapie:

- Persistance de l’adénite.
- Augmentation du diamètre de l’adénite.
- Fistule persistante ou une nouvelle fistule.
- Apparition d’une nouvelle adénite.

2 - Signes de guérison :

- Disparition de l’adénite.
- Persistance d’une adénite de diamètre moins de 1 cm, stable dans le temps (calcifiée).
- Assèchement des écrouelles ou persistance d’une cicatrice fibreuse.

PLEURESIES TUBERCULEUSES (PRIMITIVES)

La contamination des plèvres peut se faire pendant la phase post-primaire ou tardivement par une réactivation d'un foyer tuberculeux latent.

1- Anapath : l'inflammation évolue en ***3 stades*** :

- Inflammation + fines granulations,
- Epanchement liquidien + congestion et œdèmes,
- Régression des lésions ***ou*** caséification puis calcification et fibrose .

2- Diagnostic

- ***Arguments de présomption*** (cliniques, radiologiques et biologiques)
- ***Arguments de certitude*** (BK dans les lésions par la culture ou l'histologie)

3- Evolution

Spontané (sans traitement) :

- Régression lente en 2 à 3 semaines,
- Chronicité et enkystement ,
- Extension à d'autres séreuses,
- Guérison avec séquelles.

Avec traitement :

- Plus favorable (séquelles rares et même restitution ad intégrum).

4- Traitement : *2 objectifs*

- ***Stériliser les lésions :*** ***2 RHZ/4RH***

- ***Prévenir les séquelles :*** évacuation complète du liquide (riche en fibrine)

Corticothérapie (indications précises)

Kinésithérapie respiratoire (débutée après avoir évacuer tout le liquide et la normalisation de la VS, qui sera précoce et prolongée).